Aus der chirurg. Abteilung des St. Josephsstift in Bremen
(Oberarzt Dr. Gross).

Gelenktuberkulose unter dem Bilde des Gelenkrheumatismus (Poncet).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

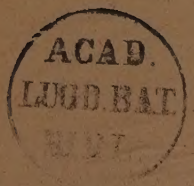
Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

H. Röpke
prakt. Arzt in Grohn-Vegesack.



LEIPZIG.
Druck von Emil Lehmann
1910.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 2. Mai 1910.

Referent: Herr Geh. Med. Rat Prof. Dr. Trendelenburg.

Die alte Anschauung, daß der Gelenkrheumatismus lediglich der Erkältung zuzuschreiben sei, ist durch exakte bakteriologische Untersuchungen der neueren Zeit nicht unwesentlich eingeschränkt worden. Sie haben den Nachweis erbracht, daß wenigstens für gewisse Kategorien bestimmte Infektionserreger, wie Staphylo-, Strepto-, Diplo- und Pneumococcus u.s.w. verantwortlich zu machen sind. Eine Klarstellung mancher weiteren Gelenkerkrankungen, die im Bilde des Gelenkrheumatismus namentlich mit akutem Beginn und multipler Lokalisation einhergehen, ist von der Zukunft zu erwarten, die vielleicht unter einer ganzen Reihe anderer ätiologisch klar gestellter Gruppen eine große aufstellt, deren Typen sich durch die Reaktion auf das Spezificum Salicyl als zusammengehörig dokumentieren. Daß auch beim echten Gelenkrheumatismus ein bestimmter Erreger vorliegt, wird ja von einer ganzen Reihe urteilsfähiger Autoren angenommen.

Von besonderem Interesse sind die Mitteilungen Poncets und seiner Schule über den „Rhumatisme tuberculeux articulaire“, der in dem Folgendem besprochen werden soll.

Der Begriff ist nicht ganz neu. Bereits von deutschen Autoren wie Kußmaul und Krause ist darauf hingewiesen worden, daß die Gelenktuberkulose in einem oder in mehreren Gelenken auftritt, nachdem zuerst das Bild des Gelenk-

rheumatismus bestanden hat. Aber Poncet gebührt unzweifelhaft das Verdienst, zuerst eine Erklärung für dieses abweichende Verhalten gegeben zu haben.

Zur Information ist vielleicht sein Vortrag über die Geschichte des tuberkulösen Rheumatismus und der entzündlichen Tuberkulose (1) am besten geeignet. Ihm entnehme ich folgenden Gedankengang:

Der tuberkulöse Gelenkrheumatismus gehöre zu der großen Gruppe der infektiösen Rheumatismen, zu denen man Gelenkaffektionen bei Gonorrhoe, Puerperalfieber, Scharlach usw. zu rechnen habe. Diese Behauptung habe er vor etwa 20 Jahren aufgestellt, und er sei ihr treu geblieben. Damals habe er zum ersten Mal den tuberkulösen Rheumatismus vom wirklichen echten „freien" Rheumatismus getrennt, und er weise ihm in der Klasse der Pseudo-Rheumatismen, in die er als letzte Erkrankungsform eingetreten sei, eine ganz besonders wichtige Stellung zu.

Der Begriff des tuberkulösen Rheumatismus sei der klinischen Erfahrung entnommen.

Salicyl und andere antirheumatische Präparate versagten vollständig.

Pathologisch-anatomisch lägen im Gegensatz zur typischen Tuberkulose nur entzündliche Erscheinungen zu Grunde ohne specifischen Charakter.

Es handele sich um eine Varietät der Tuberkulose, eine „tuberculose inflammatoire".

Wenn bei tuberkulösen Erkrankungen immer nach specifisch charakteristischen Erscheinungen, wie Knötchen, tuberkulösen Follikeln, Riesenzellen und endlich dem Bacillus gesucht werde, so sei diese Forderung im allgemeinen auch am Platze. Die klinische Beobachtung am Krankenbett habe ihn aber belehrt, daß es doch auch wohl eine tuberkulöse

Erkrankung ohne diese klassisch anatomischen Belege gäbe.

Zuerst sei ihm Zweifel bei folgendem Fall gekommen: Ein kleiner Patient wies neben Phtisis Tuberkulose der Hüfte und mehrere typische Erkrankungen kleinerer Gelenke auf; er erkrankte während seines Aufenthaltes im Spital an einem subakuten Gelenkrheumatismus, der nach einigen Wochen verschwand und dann bald mit denselben Erscheinungen wiederkehrte.

Dieser Rheumatismus fiel Poncet auf, und er legte sich die Frage vor, ob etwa die Tuberkulose mit dem Rheumatismus in Zusammenhang stehe. Das Kind hatte weder jetzt noch früher eine andere Infektion gehabt, es war nur tuberkulös, und er fragte sich, ob nicht diese bacilläre Infektion auch die Ursache des Rheumatismus sein müsse. Wenn man den andern genannten Infektionskrankheiten die Fähigkeit zuschreibe, das Bild eines Pseudo-Rheumatismus zu erzeugen, warum sollte man dann gerade der Tuberkulose, die doch als sehr ausgesprochene Infektionskrankheit bekannt sei, diese Fähigkeit absprechen?

In diesem Gedankengang sei der Begriff des tuberkulösen Gelenkrheumatismus entstanden.

Weitere erst spärliche, dann immer zahlreichere Beobachtungen hätten ihn gefestigt. So häufig sei seiner Ansicht nach die Affektion, daß er glauben müsse, sicher alle Aerzte hatten schon Gelegenheit gehabt, ähnliche Beobachtungen zu machen.

Wenn dieser sein Standpunkt erklärlicher Weise auf Widerstand gestoßen sei, namentlich bei den Pathologen, die eine Bestätigung der Diagnose durch die anatomische Untersuchung verlangten, so habe er zu erwidern, daß grob anatomische Veränderungen bei den ja zum Teil nur flüchtig

auftretetenden Erscheinungen meist fehlten, ja selten wären, und selbst das Mikroskop versage. Es handle sich eben bei dieser „entzündlichen“ Tuberkulose nicht immer um eine specifische Ablagerung von Bacillen in den Gelenken, sondern um ihre Toxinwirkung, ihre Lokalisation sei oft latent, von der als Mutterherd aus der Organismus inficirt würde. Die Variation der Gelenkserscheinungen sei mit den Verschiedenheiten in den Lebensstadien der Bacillen in Verbindung zu bringen. Man müsse doch mit einer großen Stufenleiter rechnen, von solchen Bacillen an, die eben noch lebensfähig seien, bis zu solchen von höchster Virulenz.

Der Vortrag schließt mit der Aufforderung, die tuberkulöse Aetiologie zu berücksichtigen, und mit dem Ausdruck der Ueberzeugung, daß sicher dann häufiger die Diagnose auf tuberkulösen Gelenkrheumatismus gestellt werden würde.

Dies der Grundgedanke seiner neuen Lehre.

Aus den zahlreichen Mitteilungen Poncets, die seine Theorie feststellen sollen, stelle ich einige markante Beobachtungen zur Illustration zusammen:

Demonstration eines 13 jährigen Knabens (2): Der nicht belastete Patient erkrankte im Winter ohne irgend einen nachweisbaren Anlaß an einer Art chronischer Bronchitis. In den ersten Tagen des April erwacht er plötzlich mit lebhaften Schmerzen im linken Knie, das bald alle Zeichen einer akuten Arthritis bot. 12 Stunden später stellten sich dieselben Erscheinungen auch rechts ein. Am folgenden Tage war auch die linke Hüfte befallen. Die Bronchitis schwand und ist nie wiedergekehrt. Nach einigen Wochen heilten das rechte Knie und die Hüfte vollständig aus; das zuerst afficierte linke Knie blieb sehr schmerzhaft; es entwickelte sich eine trockene, chronische Arthritis mit Ver-

steifung. Später wurde noch das rechte Ellbogengelenk und das periartikuläre subcutane Gewebe befallen.

Im Anschluß an diesen Fall macht Poncet besonders auf die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen aufmerksam: Die Bronchitis schwindet plötzlich, einige Gelenke werden frei, dafür werden aber andre wieder befallen.

Eine zweite Beobachtung (3) betrifft einen 35 jährigen Friseur, der mit $15^1/_2$ Jahren ohne nachweisbare Ursache unter den Symptomen eines akuten Gelenkrheumatismus erkrankte. Salicyl-Darreichung ohne Erfolg. Nach der Aufnahme im Spital bilden sich nacheinander die Erscheinungen der coxalgie und des mal de Pott aus. Nach dreijähriger Krankheit kam der Patient aufs Land, wo er sich so erholte, daß er 4 Jahre hindurch absolut gesund war. Dann stellte sich aber Lungentuberkulose mit Haemoptoe ein. Nach einem weiteren Zeitraume anscheinend völliger Gesundheit bestehen jetzt neben akuter Phtisis mit Haemoptoe Wirbelsäulentuberkulose und akute Polyarthritiden.

Wieder glaubt Poncet auf die bunte Aufeinanderfolge der Affektion aufmerksam machen zu müssen.

Der tuberkulöse Gelenkrheumatismus kann in den befallenen Gelenken völlig ausheilen.

Ein zweiter, nicht seltener Ausgang ist die Ausbildung der Ankylose in einem oder mehreren der afficierten Gelenke.

Ueber diese Form, den tuberkulösen Rheumatismus mit Ausgang in Ankylose, berichtet eine ausführliche Studie von Poncet und seinem Schüler Leriche (4). Sie unterscheiden zwischen Forme polyarticuläire und Forme monoarticulaire. Differentialdiagnostisch gegenüber dem echten Rheumatismus ist zu betonen, daß letzterer fast nie zu der knöchernen „echten“ Ankylose führt, die bei tuberkulösem Rheumatismus nicht selten ist. Für den letzteren

ist weiter wichtig die Feststellung, daß die lokalen Erscheinungen gegenüber den allgemeinen in den Vordergrund treten. So wird für gewöhnlich nicht das Herz tangiert. Auffallend ist oft die Schnelligkeit, mit der die Erkrankung sich in einem Gelenk lokalisiert, die andern Gelenkaffektionen bilden sich bald zurück. Es können alle Gelenke befallen werden, nicht selten auch die Wirbelsäule; bevorzugt sind die großen Gelenke.

Wieder, wie auch in den vorhergehenden Arbeiten, wird auf die Bedeutung familiärer Tuberkulose für die Diagnose hingewiesen. Neu ist die Behauptung, daß auch die sogenannten Wachstumsschmerzen in der Jugend, ja auch Plattfußschmerzen eventuell mit dem tuberkulosen Rheumatismus in Verbindung zu bringen seien.

Ein dritter Ausgang des tuberkulosen Gelenkrheumatismus ist der in typische Tuberkulose; in einem oder mehreren Gelenken bildet sich der Fungus aus, die übrigen „rheumatischen“ Gelenke heilen aus.

Ueber das Wesen des tuberkulösen Rheumatismus als „lokaler Toxaemie“ bei anderweitiger tuberkulöser Jnfektion hat sich der französische Autor (5) eingehend in einem Bericht an die Akademie ausgelassen. Jndeß entnehme ich ihm als besonders bemerkenswert nur den schon früher mehrfach gemachten Hinweis auf die mehr oder minder flüchtigen Gelenkschmerzen und Gelenkentzündungen bei Einspritzung von Tuberculin. Hier sei auch eine lokale Toxaemie anzunehmen. Als diesbezüglich besonders bemerkenswert erachtet Poncet eine Beobachtung von Lannelongue, wo nach Einspritzung von Tuberculin bei einem Kinde, das nur an einer begrenzten Hauttuberkulose litt, einige Tage darauf eine multiple Gelenkentzündung einsetzte.

Eine Erweiterung der bisher mitgeteilten Auffassung

bringt Poncet in seiner Lehre vom Rhumatisme tuberculeux abarticulaire, dem tuberkulösen Rheumatismus, der nicht bloß die Gelenke befällt, sondern auch innere Organe, Nerven, sowohl zentral wie peripher, und besonders häufig die serösen Häute.

Hier wäre eine Beobachtung (6) zu registrieren, die einen 35jährigen Kellner betrifft, der an multiplem tuberkulösen Gelenkrheumatismus litt mit akuten Sehnenscheidenentzündungen und mit vielfachen Neuralgien. Tendinitis und Neuralgie sind nach Poncet auf dieselbe Genese zurückzuführen wie die Gelenkaffektion.

Besonders eingehend wird die Vorstellung des Rhumatisme tub. abarticulaire in Bezug auf die Meningitis (7) erörtert. Flüchtige tuberkulöse Meningitiden entsprechend den flüchtigen tuberkulösen Gelenkserscheinungen kommen sicher häufig vor.

Die tuberkulöse Meningitis gilt eigentlich immer als unheilbar, Poncet hat es öfter erlebt, daß tüchtige Kliniker die Diagnose der tuberkulösen Meningitis gestellt haben; sie liessen sie aber fallen, da die Erscheinungen schnell und spurlos bald wieder verschwanden. Das ist nach seiner Ansicht mit Unrecht geschehen, die Diagnose bestand zu Recht, auch hier hat man es mit einer Variation der Tuberkulose zu tun gehabt, mit dem sogenannten rhumatisme tub. abarticulaire. Es ist doch bekannt, daß der tuberkulöse Prozeß auf der Bauchserosa nach Laparotomie zuweilen spontan zur Ausheilung kommt, warum sollen sich solche Vorgänge nicht auch auf anderen serösen Häuten abspielen können?

Ich darf einige markante Beobachtungen hier wiedergeben:

Ein 28jähriger Mann, der jetzt Lungentuberkulose, tuberkulöse Gelenkerkrankungen usw. aufweist, hat im Alter

von 7 Jahren eine Meningitis durchgemacht, die von mehreren erfahrenen Klinikern als tuberkulös angesprochen wurde. Es ist aber völlige Heilung eingetreten bis auf eine auffallende Nervosität und große Reizbarkeit, die zurückgeblieben sind.

In einem anderen Fall wird bei einem Kinde die Diagnose auf Meningitis tuberculosa fallen gelassen, da die Erscheinungen völlig zurückgingen; einige Jahre später starb das Kind an Phtisis.

Ein zweites Kind war an einer als tuberkulös diagnosticierten Meningitis erkrankt, nach kurzer Zeit wiederholte sich die Meningitis, die Diagnose wurde hier durch die Obduktion bestätigt.

So weit Poncet.

Seine neue Lehre ist so verblüffend und widerspricht so sehr unserer ganzen bisherigen Anschauung von der Tuberkulose und ihrer Wirksamkeit, daß er von vornherein mit heftigen Widerstand rechnen mußte. Wenn indeß dieser sich lange Zeit auch in der schlimmsten Form, in der gänzlichen Ignorierung der zahlreichen Arbeiten der Poncetschen Schule, äußerte, so ist doch allem Anscheine nach neuerdings ein Wandel zu verzeichnen. Nicht allein, daß man die Theorie sachlich und eingehend bespricht und dadurch sie als der Kritik würdig anerkennt, es mehren sich auch die zustimmenden Veröffentlichungen, die neue kasuistische Beiträge bringen. Die Lehre Poncets und seiner Schüler — ich möchte noch Bérad, Destot, Patel und Maylard nennen, — gewinnt mehr und mehr Boden.

Von englischer Seite hat White (8) von der Lehre Poncets Notiz genommen und äußert sich in wohlwollendem Sinne.

Zahlreicher haben sich namentlich in der letzten Zeit deutsche Arbeiten mit dem tuberkulösen Gelenkrheumatismus beschäftigt.

Hier ist eine eingehende Mitteilung von Mohr (9) zu nennen, der wesentlich an die Arbeit von Poncet und Mailland sich anlehnt, die eine Einteilung der verschiedenen Formen des tuberkulösen Gelenkrheumatismus wiedergibt. Das Urteil des deutschen Autors selbst ist in zustimmendem Sinne gehalten.

Eine zweite deutsche Publikation ist die Froehlichs (10) mit einer eigenen Beobachtung, die im Sinne Poncet verwertet wird.

Es lagen multiple Gelenkkontrakturen bei einem 13jährigen Mädchen vor. Ein Bruder war an Tuberkulose gestorben, irgend eine Lokalisation der Tuberkulose war bei der Kranken nicht nachzuweisen.

Froehlich nahm zuerst keine Tbc. an. Die angestellte Tuberkulinprobe entsprach jedoch allen Forderungen; Es zeigten sich Fieber, Schmerzen in allen kontrakten Gelenken und in der Wirbelsäule.

Die Beobachtung, die Schweitzer (11) mitteilt und als zugehörig dem Krankheitsbegriff Poncets unterordnet, beleuchtet ein sehr kompliziertes Bild. Neben der Tuberkulose hatte zugleich eine andere Infektion die Gelenke befallen. Es handelte sich um einen 34jährigen Mann, der lange klinisch beobachtet wurde. Die verschiedensten Gelenke waren befallen, die Erscheinungen gingen zum Teil unter Salicylbehandlung zurück, aber auch nur z. Teil. Die Sektion ergab dann starke Zerstörung der Knochenenden durch tuberkulöse Prozesse; in dem Eiter werden reichlich Tuberkelbazillen, aber auch Strepto- und Diplococcen gefunden. Es liegt hier also sicher eine Mischinfektion vor, doch sind die anatomischen Veränderungen allein der Tuberkulose zuzurechnen.

Schon diese kurzen Angaben genügen zum Beweis, daß der Fall keineswegs als ganz eindeutig anzusehen ist.

Spitzy (12) ist geneigt, Poncet zuzustimmen, fordert aber die Sicherstellung der Diagnose durch Tierversuch oder Tuberkulinreaktion.

Karcher (13) — in einer weiteren deutschen Arbeit — ist geneigt, auf Grund einer erfolgreichen Behandlung die Lehre Poncets anzuerkennen.

Seine Erfahrung betrifft einen Fall von primärer chronischer Polyarthritis bei einem 12jährigen Mädchen, dessen Hand-, Finger- und Fußgelenke befallen waren. Er zählt zwar den Fall zum „rhumatisme noueux", erwägt aber sehr den Gedanken einer Tuberkulose nach Poncet, obgleich die Anamnese nicht dafür spricht; die üblichen antirheumatischen Mittel versagten, wohl aber wurde durch die sonst bei Tuberkulosen gebräuchlichen Heilfaktoren als Luft, Licht, Ernährung und Pflege Erfolg erzielt.

Zum Schluß sagt er wörtlich; „Es wäre selbstverständlich zu weit gegangen, alle Fälle von deformierendem Gelenkrheumatismus der Kinder unter die tuberkulösen Erkrankungen einzureihen. Es besteht kein Zweifel darüber, daß eine ganze Anzahl von Fällen anderer als von tuberkulöser Natur sind. In gewissen Fällen mag auch die Tuberkulose parallel mit der Arthritis deformans ein Kind befallen, ohne daß beide Erkrankungen in einem direkten kausalen Zusammenhang zu einander stehen. Nichts destoweniger scheinen mir die engeren Beziehungen zwischen Tuberkulose und den chronischen Gelenkerkrankungen der Kinder, sei es, daß sie mehr der chronich-rheumatischen, sei es mehr der deformierenden Form angehören, beachtenswert. Jedenfalls werden in vielen Fällen die Heilerfolge größere sein, wenn man den chronischen Rheumatismus und den Arthritis deformans

der Kinder als Tuberkulosen behandelt, als wenn man ihnen die Therapie des Rheumatismus angedeihen läßt."

Als letzte deutsche Veröffentlichung (08) wäre die Esau's aus dem St. Johannishospital in Bonn aufzuzählen (14).

Der Bericht bezieht sich auf ein $6^1/_2$jähriges Mädchen, bei dem unter zeitweilig hohem Fieber nach einander beide Bein- und Fußgelenke, das rechte Hüftgelenk und die Halswirbelsäule afficiert wurden. Eine Badekur war ohne Erfolg, ebenfalls ein Versuch mit Bindenstauung; dagegen wurde bedeutende Besserung der Kniegelenke im großen Saugapparat erzielt.

Esau stellt die Diagnose auf tuberkulösen Gelenkrheumatismus und begründet sie in folgender Darlegung: „Wie erwähnt, kommt Tuberkulose in der Familie nicht vor; aus der Anamnese geht hervor, daß das Kind durch eine zwar als gesund befundene Amme ernährt wurde, anderseits ist eine kleine vereiterte Drüse gespalten worden. Bei der Häufigkeit der Tuberkulose und oftmals der Unmöglichkeit, latente Tuberkulose nachzuweisen, kann bei dem Kinde mit Sicherheit eine Infektion nicht ausgeschlossen werden, obwohl Ausgangspunkt und Sitz unbekannt sind. Es trifft für den Fall die mehrfache Angabe Poncets zu, daß diese besonders hier in Frage stehende Art der Erkrankung gerade bei latent Tuberkulösen oder Tuberkulösen a minima sich findet.

Eine andere Infektion war nicht vorausgegangen, keine Masern, Scharlach, Gonorrhoe oder Lues, mit Sicherheit war Blutergelenk auszuschliessen.

Eine Polyarthritis kommt wohl kaum in Betracht, der Verlauf war ein ganz anderer, am Herzen zeigten sich, weder während der akuten Erkrankungen, noch nach Ablauf derselben, irgend welche Erscheinungen einer Mitbeteiligung;

die bei Arthritis übliche Behandlung war ohnmächtig. Bei dem chronisch gewordenen Rheumatismus wird immer eine sub- und objektiv wahrnehmbare Kühle der befallenen Gelenke beobachtet, eine Tatsache, die bei Tuberkulose niemals vorkommt. Gerade die tuberkulösen Gelenke zeichnen sich durch höhere Temperatur aus, wie sie beide Gelenke zeigten. Den strikten Beweis kann ich allerdings für die Ansicht, daß es sich um einen tuberkulösen Rheumatismus gehandelt hat, nicht führen."

In diesem letzten Satz wird die Schwäche der Poncetschen Lehre beleuchtet. Auch durch die positive Tuberkulinreaktion — im Falle Esaus wurde der Versuch nicht angestellt — wird kein sicherer Beweis erbracht, sie kann durch andere latente Herde bedingt sein. Weiter:

Ergiebt die Ueberimpfung von einem erkrankten Gelenk — demjenigen also, das nach Verschwinden der rheumatischen Erscheinungen in anderen Gelenken als afficiert übrig bleibt — wirklich Tuberkulose, so wird sich immer einwenden lassen, daß vielleicht zwei Infektionen vorgelegen haben, analog dem angeführten Fall Schweitzers.

In welcher Weise sich für die präzise Diagnose Schwierigkeiten ergeben, davon zwei Beispiele:

Das erste darf ich der eigenen Praxis entnehmen:

Ein 13jähriger Junge, dessen Mutter im letzten Sommer an Phtisis starb — er selbst war immer skrophulös, neigt zu Erkältungen; es bestehen keine Drüsenschwellungen; Tuberkulose der Organe ist nirgends nachweisbar — erkrankte am 21. X. 09 plötzlich mit Frieren und Schmerzen in den Fußgelenken. Am 23. X. 09 Temperatur = 38,3; beide Fußgelenke sind geschwollen und gerötet, besonders das linke. Unter Salicylbehandlung ging nur das Fieber schnell zurück, die lokalen Erscheinungen blieben bestehen; dann besserte sich

das rechte Fußgelenk, aber das linke ist noch etwas geschwollen. Am 2. XI. 09 machte ich einen Versuch mit Tuberkulin-Salbe — Dr. Morro. Starke Reaktion: Es zeigten sich zahllose rote Eruptionen, der Junge klagte sogar über Schmerzen.

Eine Tuberkulose hat der kleine Patient wohl sicherlich. Wo ist aber die Lokalisation, ist sie in dem Fußgelenk zu suchen?

Ich halte mich nicht für berechtigt, hier eine Diagnose auf Tuberkulose — Poncet zu stellen. Die weitere Klarstellung muß der Folgezeit überlassen werden.

Eine zweite Beobachtung, die sich anschließt, ist mir aus der chirurg. Abteilung des St. Josephsstift in Bremen zur Verfügung gestellt worden.

Eine 54jährige kachectische Patientin mit Tuberkulose der Lunge und Pleura leidet seit mehreren Jahren an kontrakten Gelenken der Finger, speziell der rechten Hand mit gichtischen Auftreibungen, die von Zeit zu Zeit entzündliche Erscheinungen darbieten; außerdem besteht seit einem halben Jahr eine Fußgelenkentzündung, die das typische Bild des tuberkulösen Fungus veranschaulicht.

Für die Beurteilung der Handerkrankung würde also die Tuberkulinprobe mit positiven Ausfall nichts besagen, da ja Lunge und Fußgelenk tuberkulös sind.

Sowohl von dem früher behandelnden Arzt, als auch auf der Abteilung wird die Erkrankung der Fingergelenke auf chronischen Rheumatismus zurückgeführt, der Gedanke an tuberkulöse Infektion wurde von beiden Seiten niemals in Erwägung gezogen.

Die Franzosen — so glaube ich, sie verstehen zu dürfen — würden wahrscheinlich auch für die vorliegenden Gelenkveränderungen die Annahme des tuberkulösen Rheumatismus fordern; mehrfach hat Poncet gerade auf die tuberkulöse

Affektion der Hand und Finger unter dem Bilde des chronischen Rheumatismus hingewiesen.

Wie weit er in der Diagnose des tuberkulosen Gelenkrheumatismus geht, zeigt ein Fall von einseitigem morbus coxae senilis (15), den er aufzählt, obwohl sich weit weniger Anhaltspunkte ergeben, als sie etwa den beiden eben mitgeteilten Fällen zu entnehmen sind.

Ueberhaupt — den Eindruck habe ich zu verzeichnen — ist dem Krankheitsbegriff seitens der Franzosen wahrscheinlich in dem Enthusiasmus über eine neu entdeckte, seltsame Affektion, sehr vieles untergeordnet worden, was zweifellos gar nicht dahin gehört oder mit großer Skepsis aufgenommen zu werden verdient.

Dieser Kritik kann ich mich auch angesichts der deutschen Beobachtungen, die wir oben angeführt haben, nicht ganz enthalten.

Vielleicht hat mehr Berechtigung, im Sinne Poncets verwertet zu werden, der folgende Fall, der ebenfalls im vorigen Sommer im St. Josephsstift beobachtet wurde.

Ich teile ihn ausführlich mit:

Anamnese:*)

Ehefrau G. aus B., 43 Jahre alt, sonst gesund und kräftig.

Die Mutter soll nach starken Blutungen im Wochenbett an Tuberkulose gestorben sein; weiter starb ein Bruder im Alter von 8 Jahren an Knochentuberkulose.

Pat. war nie ernstlich krank, ist 16 Jahre verheiratet, Mutter von drei gesunden Kindern. Am 19. VII. 09 erkrankte sie bei bisherigem völligem Wohlbefinden unter leichtem Frösteln und heftigen Schmerzen in beiden Schultern, in der

*) Für die liebenswürdige ausführliche Mitteilung der Vorgeschichte bin ich Herrn San. Rat Dr. Ummenthum-Barnstorf zu großem Danke verpflichtet.

rechten Hand und dem rechten Fuß. Zwei Tage darauf wurde der Arzt konsultiert; er verzeichnet: Die Schmerzen in den Schultern haben sich wieder verloren, an den Schultergelenken ist nichts Krankhaftes nachzuweisen. Die Schmerzen in der rechten Hand und im rechten Fuß sind noch sehr heftig. Die Gegend des Fußgelenkes, der ganze Fußrücken und der Unterschenkel an der Vorderfläche bis hinauf zur Mitte, ebenso die Hand und der Vorderarm in der unteren rechten Hälfte, sind stark geschwollen, fühlen sich indeß nicht heiß an.

Fingerdruck, der abgesehen von der Gelenkgegend wenig schmerzhaft ist, hinterließ eine Vertiefung wie bei Oedem. Fieber war damals und in der Folgezeit nicht vorhanden, nur einmal wurde 38° verzeichnet.

Bei Hochlagerung des Beines verloren sich die Schmerzen und die Schwellung am Fuß in einigen Wochen vollständig, während sie an der Handgelenkgegend bestehen bleiben.

Interessant ist die Bemerkung, die der behandelnde Arzt mir mitteilt: „Es fiel schon bald auf, daß die eigenartige Schwellung an den erkrankten Partien so ganz verschieden war von der periartikulären Schwellung bei Gelenkrheumatismus."

Salicyl und andere therapeutische Maßnahmen, die für Rheumatismus in Gebrauch sind, versagten.

Frau G. wurde dem Josephsstift überwiesen, Aufnahme am 19. VIII. 09, Befund;

Kräftig gebaute Frau mit normaler Temperatur. In keinem Organe Tuberkulose nachweisbar, nirgends Drüsenschwellungen.

Die rechte Hand wird im Tuch getragen; sie zeigt starke fungusartige Schwellung des ganzen Radio-carpalgelenks bei blasser Färbung der Haut im proximalen Teil der

Schwellung und livider Färbung am distalen. Schwellung erstreckt sich bis auf die Mitte der Metacarpi. Absolutes Unvermögen, aktive Bewegungen im Handgelenk auszuführen, Finger werden ganz ruhig gehalten, um Schmerzen zu vermeiden. Passive Beweglichkeit nur in ganz geringer Exkursion möglich. Bei Versuch der Flexion, mehr noch bei dem der Seitenbewegungen und der Rotation läßt sich sowohl an der Ulnar- wie an der Radialseite deutliches Krepitieren nachweisen.

Therapie: Fixation, Biersche Stauung, Heißluftapparat tgl. einmal mehrere Stunden und innerlich Tubertoxyl.

25. VIII. 09. Alt-Tuberkulin (Koch) -Probe von 2 mg absolut negativ.

4. IX. 09. abermals Probe von 20 mg mit prompter Reaktion: am 5. IX. morgens T. = 38,1. Pat. fühlt sich abgeschlagen, fortwährendes Gefühl des Aufstoßens, Fröstelns, Rötung des rechten Handgelenks verbunden mit einem „krampfartigen" Schmerz: abends bereits wieder entfiebert.

Biersche Stauung wird fortgesetzt und gut vertragen. 8. IX. 09 Hand ist bedeutend abgeschwollen und viel weniger schmerzhaft. Pat. wird mit Gipsverband entlassen.

20. X. 09. Die Schmerzhaftigkeit im Handgelenk ist fast ganz verschwunden. Es besteht Versteifung, die den Eindruck der knöchernen Ankylose macht. Beweglichkeit der Finger bis zur Hälfte möglich; ziemlich starke Atrophie der ganzen Hand. Daumen ist etwas eingeschlagen. Seit der letzten Untersuchung ist eine ganz erhebliche Besserung zu verzeichnen.

Das Röntgenbild ergibt eine ziemlich starke Destruktion fast des ganzen Handgelenks; nur die Contouren des capitulum ulnae sind ganz scharf. Gelenkfläche des Radius ist dagegen verwaschen, undeutlich, z. Teil angenagt (Defektbildung).

Das Bild der Handwurzelknochen ist ebenfalls stark verschwommen, auf der Radialseite stärker, besonders os naviculare und multangulum majus, die dasselbe Bild wie die Gelenkflächen des Radius aufweisen. Die Basis des I. Os metacarpale ist intakt, dagegen sind die des II.—V. deutlich angefressen und gehen ohne scharfe Grenzen in einander über.

Resümire ich kurz: Eine ältere, sonst gesunde, kräftige Frau, zweifellos hereditär belastet, erkrankt unter dem Bilde des multiplen Gelenkrheumatismus. Alle Lokalisationen bilden sich schnell zurück, nur die am rechten Handgelenk bleibt bestehen; Salicylbehandlung ist erfolglos; Bild einer destruierenden Gelenkerkrankung wird deutlicher; Verdacht auf Tuberkulose erhält durch den positiven Ausfall der Tuberkulinprobe bei sonst fehlender Lokalisation seine Berechtigung. Unter passender Therapie — Erfolg der Ruhe und der Bierschen Stauung — tritt Ausheilung, wenn auch in Gestalt der Ankylose, ein. Das Röntgenbild ergibt einen destruktiven Prozeß fast des ganzen Handgelenks.

Nach der Definition Poncets würde ein primär akuter tuberkulöser Gelenkrheumatismus mit Uebergang in Ankylose vorliegen.

Mindestens ist der Verlauf, das klinische Bild der vorliegenden Krankheitsgeschichte als sehr eigenartig anzusehen. Ganz positiv im Sinne Poncets wage ich sie nicht zu beurteilen, so sehr sie auch seinen Forderungen entspricht. Dafür scheint mir seine Lehre doch zu wenig fest begründet zu sein. Weitere Forschungen werden erst ihre Berechtigung darzulegen haben.

Vorläufig scheint sie mir trotz der zahlreichen französischen Aeußerungen nur Anspruch auf die Bezeichnung „Theorie“ zu haben.

Zu einem ähnlichen Urteil kommt in allerneuster Zeit Melchior (16), der ein ausführliches Sammel-Referat über den tuberkulosen Rheumatismus bringt.

Am Schlusse sage ich Herrn Oberarzt Dr. Groß meinen besten Dank für die Anregung zu dieser Arbeit und für die freundliche Unterstützung.

Literatur.

1. **Poncet,** Le Progrés médical 1907.
2. **Poncet,** Gazette des hopitaux 1904.
3. **Poncet,** Gazette des hopitaux 1903.
4. **Poncet-Leriche,** Révue de chirurgie 1904.
5. **Poncet,** Bulletin de l' Académie de médicine 1902.
6. **Poncet,** Gazette des hopitaux 1903.
7. **Poncet,** Bulletin de l' Académie de médicine 1902.
8. **White,** Brit. med. Journ. 1904.
9. **Mohr,** Berliner Klinik 1904.
10. **Froehlich,** Zeitschrift für orthop. Chirurgie 1904.
11. **Schweitzer,** Baumgartens Arbeiten 1906.
12. **Spitzy,** Zeitschrift für orthop. Chirurgie 1903.
13. **Karcher,** Korrespondenzbl. Schweizer Aerzte, Basel, 1904.
14. **Esau,** Münchener medic. Wochenschrift 1908.
15. **Poncet,** Gazette des hopitaux 1903.
16. **Melchior,** Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie 1909.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Rennig Röpke, bin geboren am 10. II. 1877 zu Werder, Amt Thedinghausen Kreis Braunschweig, als Sohn des Hofbesitzers Wilh. Röpke, bin evangel. Konfession.

Nach Besuch des Kgl. Domgymnasiums zu Verden a. d. Aller bestand ich daselbst Frühjahr 1898 die Reifeprüfung. Studierte Medizin in Würzburg und Breslau, wo ich die ärztliche Prüfung am 15. VII. 1904 bestand. Die Approbation als Arzt erhielt ich am 20. VIII. 1904.

Nach einjähriger Tätigkeit als Assistent des verstorbenen prakt. Arztes Dr. Seidler in Harburg, ließ ich mich in Grohn, Kreis Blumenthal (Hannover), als prakt. Arzt nieder, wo ich seitdem die Praxis ausübe.